ITEM 033 : ALLAITEMENT

- En France : **70 %** d'allaitement maternel en maternité (60 % exclusif, 10 % partiel), 39 % à 3 mois et 9 % à 12 mois (durée médiane 15 semaines, dont 24 j d'allaitement exclusif) : très bas en comparaison d'autres pays industrialisés (allaitement initié dans 99 % des cas en Norvège).
Accompagner la décision d'allaiter ou non (information claire et loyale).
Durée idéale d'allaitement de **4-6 mois** selon l'OMS = l'allaitement bien mené permettrait d'éviter 1 million de décès par an.
- Ne pas forcer une femme qui ne souhaite pas à allaiter.

<table>
<tr><td rowspan="4">PHYSIOLOGIE</td><td>Avant la grossesse</td><td colspan="2">- Glande mammaire constituée :
. Aréole qui lors de la stimulation déclenchera la sécrétion de prolactine et d'ocytocine.
. Mamelon : cône contenant des fibres musculaires lisses permettant son érection, avec à son sommet de nombreux pores, des canaux lactifères.
. Glande mammaire : une quinzaine de lobes, subdivisés en lobules puis en acini, chaque glande a son propre canal excréteur, galactophore principal, s'ouvrant au mamelon par un pore.</td></tr>
<tr><td>Pendant la grossesse</td><td colspan="2">➞ Durant les 2 derniers trimestres :
- Allongement et ramification des canaux galactophoriques puis division en canalicules sous l'action des hormones.
- Prolifération des cellules sécrétrices et organisation en alvéoles (= unités sécrétoires) + développement des cellules myoépithéliales contractiles et d'un important réseau sanguin et lymphatique en périphérie des alvéoles.
- Progestérone : bloque la fonction de lactation et d'éjection du lait jusqu'à l'accouchement.
➞ Lactogénèse :
- Phase 1 : Colostrum : produit à partir du milieu du 2e trimestre, écoulements durant la grossesse possibles (le plus souvent physiologiques mais peuvent être pathologiques).
- Phase 2 : Phase lactée suite à la chute de la progestérone.</td></tr>
<tr><td>Accouchement</td><td colspan="2">- Baisse Progestérone ➞ Augmentation prolactine ➞ installation de la lactogénèse en 2-3j.</td></tr>
<tr><td>Composition</td><td colspan="2">Variable : adapté à l'âge, au terme, au moment de la tétée (nycthémère).
- Colostrum riche en IgA, glycoprotéines, oligosaccharides, cellules immunitaires, pauvre en graisse.
- À partir de J15 : lait de transition de plus en plus riche en graisses.
- Différent du lait de vache : + pauvre en caséines (translucide), +riche en protéines non-nutritives (lactoferrines, Ig, lysozyme), +adapté à la protection du nouveau-né, moins riche en vitamine D.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PROPRIÉTÉS</td><td>Bénéfices</td><td>Pour le nouveau-né
- Nutritionnel : eau/oligo-éléments, lactose, protéines (α-lactoglobuline), lipides (AG essentiels et TG à chaînes longues).
- Immunologique : IgA, lysozyme, lactoferrine, macrophages, lymphocytes.
- Effet protecteur contre les infections digestives, les infections ORL et des voies aériennes inférieures.
- Diminution asthme, allergies, d'eczéma, leucémies.
- Vecteur de la relation mère-enfant.
- Diminution de la mort subite du nourrisson, diabète, obésité, malocclusion dentaire.
- Meilleur développement cognitif (prématuré++)
- Chez le prématuré : diminution du risque d'infection et d'entérocolite ulcéronécrosante, meilleure tolérance de l'alimentation ➞ lait de mère ou de lactarium ++.</td><td>Pour la mère
- Établissement du lien mère-enfant (si choix libre et allaitement bien vécu par la mère, sans pression familiale ou soignante).
- Diminution dépression du post-partum/du stress, amélioration de l'estime de soi.
- Réduction du risque de cancer du sein en cas d'allaitement prolongé.
- Diminution du cancer épithélial de l'ovaire.
- Diminution du DT2, HTA, dyslipidémies, de l'obésité, de maladies cardiovasculaires (bénéfice persistant après la ménopause).
- Bénéfice économique.
- Retour + rapide au poids antérieur à la grossesse (catabolisme important !)</td></tr>
<tr><td>Limites</td><td>- Ictère au lait de la mère (2 %) : bilirubine non conjuguée, isolé, bénin.
- Insuffisance nutritionnelle : vitamine D et K.
➞ Supplémentation en vitamine K (2 mg PO à la naissance puis entre le 4e et le 7e jour puis à 1 mois) et D (800-1000UI/j), ± supplémentation en fer si AM exclusif > 4 mois chez le prématuré/petit poids.
- Transmission possible d'agents infectieux (bactérie, VIH), de médicament/toxiques (drogue/OH, toxique industriel…)</td><td>- Difficulté de mise en route.
- Crevasse du mamelon.
- Engorgement mammaire.
- Lymphangite.
- Galactophorite.
- Abcès du sein.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>DETERMINANTS</td><td colspan="3">Facteurs influençant négativement l'allaitement maternel :
- Maternels : femme jeune, célibataire, précarité, immigration/déménagement récent, primiparité, première expérience d'allaitement ou expérience négative antérieure, ambivalence/non-désir/décision tardive d'allaiter, manque de connaissance sur l'allaitement, perception d'une insuffisance de lait, manque de confiance en soi/à sa capacité à allaiter, gêne lors de l'allaitement en public, dépression post-natale, difficultés d'allaitement, utilisation précoce d'une tétine, tabagisme, obésité, exercice d'une profession.
Insuffisance de lait perçue = première cause d'interruption précoce de l'allaitement.
- Nouveau-né : perte de poids >10 %/faible prise de poids, problèmes de succion.
- Entourage : absence de soutien ou perception négative de la part du partenaire.
- Maternité : mise au sein ou peau à peau retardé, allaitement à horaires fixes, recours aux compléments de lait artificiel, méconnaissance/manque de soutien des professionnels.
- Politiques de santé : congé maternité court et peu rémunérateur.</td></tr>
<tr><td>DÉROULEMENT</td><td colspan="3">- 1re tétée : activité réflexe qui doit avoir lieu dans les 30 à 60 minutes suivant la naissance → conditionne les suivantes.
- Montée laiteuse à environ 2-3j post-partum : tension des seins (prise du sein difficile) : extraction manuelle si besoin.
- Colostrum (premiers allaitements) = pré-lait très riche en IgA, glycoprotéines, oligosaccharides, cellules immunitaires et pauvre en graisse puis modification vers J15 en lait de transition de + en + riche en graisses.
- Tranchées (surtout chez la multipare) : contractions utérines, parfois douloureuses, survenant au cours des tétées (signe positif d'une tétée efficace).
- Rythme des tétées : à la demande du bébé dès que bébé éveillé (mouvements des yeux, des lèvres, de la tête, mains à la bouche) : ne pas attendre l'agitation/les pleurs. La durée de la tétée est très variable. En moyenne 8-12 tétées/j < 1 mois.
- Allaitement efficace : bébé bien réveillé, rythme de la tétée ample/régulier, courtes pauses sans lâcher le sein, déglutition audible, >3 selles/j (le premier mois) et 5-6 couches mouillées et lourdes/jour (diurèse satisfaisante), poids +200-250 g/semaine (après la 1re semaine de vie : perte de 7,5 % du poids du corps en moyenne, max 10 %, repris <J10 de vie).
- Installation confortable : la bouche du nouveau-né doit prendre largement l'aréole (pas seulement le mamelon), ventre de l'enfant contre celui de la mère, oreille-épaule-hanche alignées. Donner les 2 seins à chaque tétée. Éviter les tétines.
- Hygiène de vie : boissons abondantes, alimentation riche et variée proscription du tabac et de l'alcool (+++, si impossible : fumer/consommer immédiatement après une tétée), éviter les excitants type thé/café, lavage quotidien des seins à l'eau et au savon (pas de soins locaux spécifiques), protection des mamelons avec une compresse sèche.
- Supplémentation en vitamine K (2 mg per os) à 1 mois si allaitement maternel exclusif, + vitamine D (400-800 UI/j).
- Poursuite de l'allaitement : recommandations OMS 4-6 mois exclusivement puis jusqu'à l'âge de 2 ans en complément de la diversification alimentaire qui doit être commencée vers 4-6 mois de vie.
- Reprise du travail : 1 h de disponibilité/jour pour tirer son lait/allaiter jusqu'à 1 an post-partum (code du travail).
- Conservation : 4 h à T° ambiante, 48 h au réfrigérateur, 4 mois au congélateur à -18° (max 24 h après décongélation).
- Réchauffage : bain-marie, chauffe biberon, pas de four à micro-ondes, consommé dans l'heure à T° ambiante et dans la demi-heure s'il est réchauffé.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">CONTRE-INDICATIONS</td><td>Maternelle</td><td colspan="2">- La SEULE grande CI à retenir pour l'ECN = VIH : allaitement contre-indiqué dans les pays développés.
- HTLV1 et 2 positifs = virus détruit par congélation.
- Psychose puerpérale (discuté, selon terrain).
- Cardiopathie/néphropathie sévère chez la mère.
- Tuberculose = isolement nécessaire si tuberculose maladie active (jusqu'à 2 semaines de TTT), dosage nécessaire des antituberculeux dans le lait, le plasma et les urines de l'enfant.
- VZV = risque si varicelle maternelle à J-5/J+2 de l'accouchement → isolément nécessaire mère-enfant pendant 7-10 jours (possible tirage de lait car lait maternel non contagieux).
Si zona = règles d'hygiène strictes (éviter tout contact avec la zone), si lésion sur le sein : tirer le lait.
- Certains TTT au long cours/indispensables : antithyroïdien de synthèse, antimitotiques, lithium…
Non contre-indiqué : infection courante, herpès, CMV, hépatite B, hépatite A, ATCD de cancer du sein…</td></tr>
<tr><td>Infantile</td><td colspan="2">- Intolérance au lactose (galactosémie congénitale, déficit en lactase), très rare.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">COMPLICATIONS MATERNELLES</td><td>Insuffisance de lait</td><td colspan="2">- Première cause d'interruption précoce de l'allaitement, rarement vraie (prothèse, plastie de réduction, pathologie hormonale) : le + souvent secondaire à des tétées inefficaces/peu fréquentes.
- Facteurs favorisants : séparation mère-enfants, antécédent de chirurgie esthétique des seins.
- CAT : allaitement à l'éveil, accompagnement, mise au sein +fréquente, pas de TTT médicamenteux !</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Engorgement mammaire</td><td colspan="2">= Stase de lait mammaire due à la production de lait (stase capillaire & lymphangite) à l'origine d'une surpression intra-alvéolaire : empêche l'écoulement du lait/une tétée de qualité.
- A différencier de la montée de lait (élévation du débit sanguin et du volume mammaire), résolutive par tétées fréquentes et régulières.
- Facteurs favorisants : initiation retardée de l'allaitement, mauvaise prise de sein (tétée inefficace), limitation de la fréquence/durée des tétées, complément, canal lactifère bouché (engorgement du secteur mammaire concerné, manifestation par un petit bouton blanc ou marron/verdâtre sur le mamelon : positionner le menton du nouveau-né sur la zone indurée).</td></tr>
<tr><td>C</td><td>- Sein gonflé, tendu, douloureux, brillant avec œdème ± rougeur, peu/pas de fièvre.
- Diagnostic clinique : aucun examen complémentaire.</td></tr>
<tr><td>CAT</td><td>- Extraction du lait par tétées fréquentes/massage/tire-lait ± antalgiques/AINS.
- Compresses chaudes, massages doux, éviter tout obstacle à l'écoulement du lait (vêtements trop serrés).
- Prévention par tétées efficaces et régulières sans restriction du nombre/de la durée.
- Restriction hydrique et bandage des seins non indiqués, car inutiles, voire délétères.</td></tr>
</table>

	Crevasse du mamelon	= Rupture de la barrière cutanée fréquente les 1ers jours, tétées douloureuses. - **Facteurs favorisants** (friction anormale mamelon-bouche) : mauvaise prise du sein par l'enfant, troubles de succion, frein de langue trop court.	
		C	- Mamelon douloureux, puis rouge, irrité, fissuré, érosions cutanées ± saignements. - A prendre en compte++ si prolongé > 1 semaine : saignements anxiogènes, porte d'entrée infectieuse, baisse de lactation, douleur.
		CAT	- **Correction de la position** du nouveau-né et de la prise du sein. - **Soins locaux simples, hydratation avec corps gras à étaler sur le mamelon :** étaler le colostrum/lait maternel ou application de topique. - Attention à la surinfection locale par staphylocoque ou candidose : ATB si besoin.
	Mastite	= Inflammation du sein, inflammatoire (**lymphangite**)/infectieuse (**galactophorite**). - **Facteurs favorisants** : stase du lait/engorgement, crevasses surinfectées. - Si récurrences : rechercher mastite mal traitée, mauvaise technique d'allaitement, association à une infection cutanée, anomalie d'un canal, tumeur.	
		C	Entre le 2e et 12e semaine post-partum. - **Sd grippal** : fièvre > 38,5°, frissons, d'apparition brutale, avec douleur mammaire. - **Zone inflammatoire rouge et indurée**, ± nœud lymphatique associé. ➞ La clinique ne permet pas de différencier une mastite infectieuse ou non, mais la présence de pus dans le lait (signe de Budin) est en faveur d'une galactophorite.
		PC	- **NFS/CRP** : Sd inflammatoire, hyperleucocytose (n'oriente pas vers une mastite infectieuse). - **Prélèvement bactériologique de lait** : mastite infectieuse si germe >10^6/mL : staphylocoque doré (le +fréquent), sinon E.Coli, ou streptocoque B (rare, mastite bilatérale). ± **Echographie mammaire** si situation atypique/trainante : DD abcès mammaire.
		CAT	- **Prévention** par allaitement efficace et régulier, lavage de mains, TTT des crevasses surinfectées (ATB). - **TTT** : tétées fréquentes et efficaces/tire-lait, froid/antalgiques, ± ATB anti-staph/strepto.
	Abcès mammaire	= Collection de pus bien délimitée dans le sein, chaud (inflammatoire)/froid (sans inflammation, +rare). - Touche 1 % des femmes allaitant, apparaît vers la 6e semaine (mais possible à tout moment). - **Facteurs favorisants** : stase du lait/engorgement, crevasses surinfectées.	
		C	- Début **insidieux**, à bas bruit, avec **douleurs chroniques.** - Tableau inflammatoire sévère : rougeur, douleur, chaleur, œdème. - Fièvre plus modérée que dans la mastite voire absente. - Masse fluctuante avec peau rouge violacée ± nécrose cutanée.
		PC	- **NFS/CRP** : Sd inflammatoire, hyperleucocytose. ± **Échographie mammaire** en cas de doute : EC le +spécifique.
		CAT	- **Prévention** : éviter la stase de lait, agir vite si engorgement/canal bouché/douleur mamelonnaire. - **TTT** : mise à plat (chirurgie) ou ponction à l'aiguille ± ATB.
MÉDICAMENTS	- Consultation des centres régionaux de pharmacovigilance/du CRAT pour informations à jour. - 90 % des femmes prennent au moins 1 médicament pendant la 1re semaine post-partum. - Risque élevé de mauvaise observance du TTT/d'un arrêt de l'allaitement. - Aucun examen d'imagerie (hors médecine nucléaire) ne justifie l'interruption de l'allaitement.		
	Antalgiques	- **Compatibles** : paracétamol, aspirine à dose anti-agrégante. - **Précautions** : ibuprofène (à prendre pendant la tétée), néfopam (24-48 h post-partum), tramadol (48-96 h post-partum), morphine (24-72 h post-partum). - **Éviter** : aspirine à dose anti-inflammatoire, codéine, oxycodone.	
	HPP	- **Compatibles** : acide tranexamique. - **Précautions** : sulprostone (attendre 2 h après la fin de la perf avant de débuter l'allaitement).	
	ATB	- **Compatibles** : pénicilline ± acide clavulanique, ceftriaxone, érythromycine/clarithromycine/azithromycine, ciprofloxacine/ofloxacine. - **Précautions** : . **Cotrimoxazole** : éviter si ictère néonatal, prématurité, risque de déficit en G6PD. . **Nitrofurantoïne** (éviter si risque de déficit en G6PD. . **Gentamicine** : éviter si prématurité/insuffisance rénale néonatale. . **Métronidazole** : TTT court si PO/IV : 7-10j, non-restreint si voie vaginale. - **Éviter** : clindamycine (possible en prise unique peropératoire), péfloxacine.	
	Antiémétiques	- **Compatibles** : dompéridone, métoclopramide. - **Éviter** : ondansétron.	
	Anti-hypertenseurs	- **Compatibles** : propranolol, labétalol, nifédipine, nicardipine, alphaméthyldopa. - **Précautions** : captopril ou énalapril (éviter si prématurité/insuffisance rénale néonatale).	
	Anticoagulants	- **Compatibles** : HNF, HBPM, warfarine, acénocoumarol. - **Éviter** : fluindione.	
	Psychotropes	- **Compatibles** : zopiclone, oxazépam, paroxétine, sertraline. - **Précautions** : zolpidem (à prendre juste après la dernière tétée du soir). - **Éviter** : diazépam, hydroxyzine.	
	Anti-épileptiques	- **Compatibles** : gabapentine, phénytoïne, acide valproïque. - **Éviter** : lamotrigine, lévétiracétam, topiramate, oxcarbazépine, carbamazépine, vigabatrine.	

INFECTIONS	Allaitement autorisé	- **Infections courantes** (ORL, bronchite, grippe, gastro, infection urinaire) : mesures d'hygiène simples. - **Herpès** : règles d'hygiène strictes : lavage de mains, port de masque (si herpès labial), éviter tout contact direct, extraction du lait pour allaitement si lésions mammaires (pas de passage par le lait), allaitement direct autorisé sur le sein indemne. - **CMV** : aucun risque pour le nouveau-né à terme, précautions si grande prématurité (congélation pour diminuer la charge virale, pasteurisation pour la supprimer). - **Hépatite B** : contamination par voie vaginale ± par l'allaitement : sérovaccination précoce : immunoglobulines < 12 h post-partum puis vaccination à 0, 1 et 6 mois : efficace à 95 %, protocole identique en cas d'allaitement (n'augmente pas le risque de contamination). - **Hépatite C** : risque de transmission 2-5 %, majoré si association au VIH ou si charge virale VHC élevée, virus présent dans le lait (concentration très faibles). L'allaitement n'augmente pas le risque de transmission : pas de contre-indication.
TOXIQUES	Tabac	- Consommation **déconseillée** si allaitement (passage dans le lait de la nicotine/cotinine) : - Encourager les substituts nicotiniques, proposer un soutien spécialisé. - Ne contre-indique pas l'allaitement : si sevrage incomplet, **délai de minimum 2 h** avant mise au sein.
	Alcool	- Consommation **déconseillée** si allaitement : moindre production de lait, augmentation d'arrêt précoce de l'allaitement et effets néfastes sur l'enfant. - Si consommation modérée/ponctuelle : **délai de minimum 2 h** avant la mise au sein.
	Drogues	- **Cocaïne/héroïne/cannabis** déconseillées (passage dans le lait, perturbation de l'allaitement, modifications du comportement de l'enfant (somnolence/agitation). - **Ne contre-indiquent pas** l'allaitement (bénéfices > inconvénients même si consommation) : informer/accompagner, parfois l'allaitement aide à diminuer la consommation, le cocooning et l'allaitement maternel réduisent les symptômes de sevrage chez l'enfant.
INHIBITION DE LA LACTATION		Si fausse couche, IMG, MFIU/décès néonatal, allaitement contre-indiqué, allaitement non-souhaité… - Meilleur traitement = ne pas stimuler le mamelon. - Pas de TTT médicamenteux systématique (si fait : privilégier lisuride ou cabergoline). - *Bromocriptine plus indiquée (risques cardiovasculaires).*